

SAĞLIK PROGRAMLARI İLE SOSYO-EKONOMİK GELİŞME ARASINDAKİ İLİŞKİLER (1)

Özetleyerek Çeviren : Dr. Çağatay GÜLER (*)

Günümüzde verim ve kâr açısından ekonomik ve sosyal gelişmenin ayrılabilmesi olası değildir. Gelişmenin genellikle ekonomik açıdan alınması bir çok sosyal amacın gerçekleşebilmesi bakımından önemli ekonomik gelişmelerin ve değişikliklerin gerekmesi nedeniyledir. Sosyo-ekonomik gelişme sağlık alanını da kapsamaktadır. Ekonominin her kesimi belirli oranda sağlık bileşenini içermektedir. Önemli hiçbir sosyo-ekonomik gelişmede bu ihmal edilemez. Toplam sistemde sağlık bileşeni ile diğer bileşenler etkileşim içerisinde. Sağlık, sosyo-ekonomik bütünün diğer bileşenlerini etkilemekle kalmamakta kimi zaman da olumlu veya olumsuz olarak kendisi de onların önemli boyutlarda etkilenmektedir. Bununla birlikte sağlık programlarının ve diğer ekonomi alanlarının ayrı bir antite olarak alınması ve sağlık programlarının kalkınmaya katkısı üzerinde durulması çok yararlı olmaktadır. Buna karşın sağlık programlarından sağlanan yararların belirlenebilmesi çok güçtür ve bunların ölçülmesi ise daha güç olmaktadır. Bir oranda uzun vadedeki sonuçların belirlenebilmesi mümkündür. Sağlık hizmetinin esas olarak bir sosyal hizmet olması ve insan gereksinimlerinin yerine getirilmesi amacı ile yapılması nedeni ile ekonomik yönü pek gözönüne alınmamaktadır. Bu nedenle sağlık programlarının kalkınmaya katkısını belirlemeye yönelik veriler bunların sağlanması mümkün olsa bile pek toplanmamaktadır. Bir takım kısıtlayıcı nedenlerin olmasına rağmen bu katkının aşağıdaki gibi guruplandırılması mümkündür:

1. Ana amacı sağlık düzeyini sürdürüp düzeltmek olan programların katkısı.
2. Ana amacı verimi arttırmak olan programların katkısı.
3. Sağlıkla ilgili zararlı etkilerin ve çevresel olumsuzlukların kontrolünde rol oynayan hizmetlerin katkısı.
4. Geniş insan etkinlik alanlarında destekleyici ve yararlı etkilerin katkısı.

Sağlık programları kişisel sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin yanısıra tıbbi bilgi sistemlerini, biyomedikal araştırmalarını, aynı zamanda sağlık personelinin eğitim ve öğrenimini de içermektedir. Bu durumda milli kaynakların sağlık programlarına yönelik

(*) H. Ü. Tıp Fak. Toplum Hk. Bl.

oranı yeterli mi, yeterli değilse ne yolla bu yeterli duruma getirilebilir araştırmak gerekmektedir.

Bu durumun toplam ekonomideki öncelikler yönünden de değerlendirilmesi gerekmektedir. Her ne kadar harcama/kâr yöntemleri geçerli ise de bunların sağlık alanındaki kısıtlamaları bilinmeli ve belirlenmelidir.

WHO tarafından üyesi olan ülkelere ve ülkeler arası hükümetlerle ilgili olmayan bir takım kuruluşlara bazı sorular yönelterek gelen cevapları değerlendirdi. Sağlık programları ve milli kalkınma planları ilişkisiyle ilgili sorular sınırlı oranda karşılık bulabilmektedir. Kuşkusuz kalkınmalarını belirli planlarla yönlendiren ve sağlıkla ilgili kalkınmanın bu panlardaki yerini belirleyen ülkeler olduğu gibi, hiç bir kalkınma planı olmayan ülkelerde vardır. Planlı ekonomilerde sağlık programlarını sosyo-ekonomik gelişmeyi kısıtlaması değil, desteklemesi amaçlanmaktadır. Market ekonominin hakim olduğu ülkelerde sağlık bakımı değişen oranlarda özel girişimle yapılmakta hükümetler toplumun yoksun bölgelerine minimal sağlık standartlarını sağlayabilme çabası içerisinde olmaktadır. Bu ülkelerin bazılarında kişisel sağlık hizmetleri ile ilgili bir takım yasal ve diğer düzenlemeler getirilmiştir.

Sağlık ve sosyal hizmetlerin planlamadaki yeri hükümet politikalarına göre değişmektedir. Belirtilmesi gereken ilginç noktalardan birisi sağlık programları - sosyo-ekonomik kalkınma ilişkilerinin milli bütçe uygulamalarında önemli rol oynadığını varsayan çok az cevap bulunmasıdır. Kapasite sınırlandırıcı hastalıkların ekonomik etkisiyle sınırlı bir takım istisnalar dışında (iş sağlığı gibi) sağlık programlarının amacı ekonomik amaçlarla bağdaştırılamamıştır.

Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre sağlık programlarının genel kalkınma politikasıyla bütünleştirilmesi yararlı bir amaç olacaktır. Bu nedenle planlamaların sağlık planlamacıları ve gelişme ve kalkınma planlamalarından sorumlu kişilerce birlikte hazırlanması yararlı olacaktır.

Sağlık bütçe ve harcamalarının genel harcamalardaki yerini a) Belirlenen gereksinim, b) Toplumun beklentileri ve c) Bütçe öncelikleri belirler. Çok ülkede sağlık harcamalarının toplam bütçeye oranı oldukça sabit olmakta ekonomik düzey arttıkça artmaktadır. Bir çok ülkede kaynak dağıtımının ölçütü olarak genellikle bir önceki yılın dağılımı, uzun vadeli kalkınma amaçları ile ilgili harcamalar, ve yeni projelerle artan aktivitelerin zorunlu kıldığı harcamalar belirlemektedir. Nadiren gros milli gelirin belirli bir oranı esas alınmaktadır. Genellikle harcama - yarar oranının esas olarak alınmamaktadır. (Hatta bu-

nun önemli olduğunu belirten ülkeler bile bunu esas almamaktadırlar).

Sağlığa ayrılan harcamaları sağlık kesimindeki dağılımında da aynı karmaşık durum söz konusudur. Genellikle bir önceki yılın harcamaları esas olarak alınmaktadır. Çok az ülke planlama, programlama ve bütçe sistemleri ile birlikte harcama/yarar tartışmalarını birlikte getirmişlerdir. (PPBS) Özel olarak planlanmış sağlık taramalarından sağlanan parametrelere sahip bulunan ülkelerde politika ve önceliklerle ilgili kararlar daha objektiftir. 1965'deki yazışma sonuçlarına göre genellikle öncelik verilen alanlar :

1. Özellikle bulaşıcı hastalıklar olmak üzere hastalıkların önlenmesi ve kontrolü,
2. Kırsal kesimle yoksunluk bölgeleri ve diğer özel guruplar için kişisel bakım hizmetleri,
3. Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri,
4. Tıbbi ve ilgili personelin eğitim ve öğrenimi,
5. Çevre kirlenmesi dahil çevre sağlığı hizmetleri olarak sıralanabilir.

Az sayıda ülke iş sağlığı, rehabilitasyon, toplum veterinerlik gereksinimleri, bunların etkinliğini arttırmak üzere hizmetlerin yeniden düzenlenmesi ve biyomedikal araştırmalara öncelik gurubu içerisinde yer vermektedir.

Bulaşıcı hastalık kontrol programlarının sağladığı yararın planlamacılara kabul ettirilebilmesi için genellikle çok az çaba gerekmektedir. Ölçüm belirleme ve analitik yöntemlerle ilgili sorunlar ise önemli zorluk yaratmaktadır. Gross milli gelirin (brüt milli hasıla)nın kullanılması beraberinde bir takım çelişkileri de içermektedir. Hizmetlerin bir sosyal harcama olarak sürdürüldüğü ülkelerde iki büyük güçlük bulunmaktadır: Hizmetlerin gross milli gelire katkısı bunların sağlanma bedelinden hesaplanmakta verimin artması değerlerinin azalmasına yol açmaktadır. Gene aile içerisindeki hizmetler söz gelimi ev kadınlarının ki buna katılmamaktadır. Bu nedenle gross milli gelirin milli produktivitenin tam bir göstergesi olarak alınabilmesi mümkün değildir.

Analitik yöntemlerin kullanımı yaygınlık kazanmamıştır. Sağlık alanında sosyal ölçütlerin yanısıra ekonomik ölçütlerin kullanım oranı artmaktadır. Bunun yanısıra da sağlık ve diğer sosyal harcamalarda ve bu harcamalarla ilgili önerilerde ekonomik dayanaklar belirleme çabası artmaktadır. Sağlık uygulama ve araştırma programlarında analitik sosyo ekonomik çalışmaların öncelik oranı artmaktadır. Planlama amaçları ile sağlık programlarının sosyo ekonomik gelişme ile ilgisinin belirlenilmesi çabaları artmakla birlikte varolan bazı kı-

sıtlıkların da giderilmesi gerekmektedir: Ülkelerin sağlık istatistiklerinin yetersizliği, girdilere ağırlık verilmesine karşılık çıktılarının (output) ihmal edilmesi, milli refah artırımının tek bir ölçütünün olmaması, bilimsel disiplinlerin politik bilim, ekonomi, sosyolojiden ayrılma eğilimlerinin çok yönlü bir yaklaşım gerektirmesi en önemli sorunları oluşturmaktadır.

Söz konusu soruşturmada ülkelerden ekonomik ve sosyo-ekonomik yapı ve sağlık uygulamalarını örnekledirmeleri istenmiştir. Sayısal değerlerde bir takım yetersizliklere karşın çok sayıda örnek sağlanmıştır: Sağlık taramaları, çalışma koşulları, göçmenlerin ve yoksunluk bölgelerinin sağlık düzeylerini belirlemeye ve yükseltmeye yönelik uygulamalar belirtilmiştir. Hayati endüstrilerde iş gücü kaybını önlemeye yönelik ve etkin iş gücü sağlanmasını amaçlayan uygulamalar artmaktadır. Fabrikada yemek verilmesi daha çok verim artımına yönelik olmaktadır. İş sağlığı hizmetleri genel olarak endüstriyel verimi artırma esnasından kaynaklanmakta ve gerekçesini bu amaçta bulmaktadır. Ulaşım olanaklarının hızı hava alanı-liman kontrollerini zorunlu kılmıştır. Bunun bulaşıcı hastalık yayını, önlenmesi, kontrolüne yönelik etkileri ticaret ve sağlıkla ilgili ortak sonuç vermektedir. Sağlık eğitimi ile birlikte çocuk hastalıkları, beslenme eksiklikleri, lepra glokom ve alkolizmle ilgili programlarda geri kalmış ülkelerde sosyo-ekonomik kalkınmayı etkilemektedir. Bir çok ülkede cinsel temasla geçen hastalık oranının yüksek olması önemli iş gücü kaybına yol açmaktadır. Goitre kontrolü için tuzların iyotlanması, suların klorlanması, diyabet ve diğer hastalıkların erken tanısı sağlığı ve dolayısıyla sosyo-ekonomik gelişmeyi etkilemektedir. Kırsal sağlık hizmetlerinin tarımsal pestisitlerin güvenilir bir şekilde kullanılmasını sağlaması tarımsal kalkınmayı etkilemektedir. Sağlık için tehlikeli olan koşulların etkisi de önemlidir. Hatta etkisi açık olmasa bile dış sağlığının bile genel sağlığa ve dolayısıyla genel sosyo-ekonomik kalkınmaya etkisi önemlidir.

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal kesimde temel sağlık hizmetlerinin gelişimi büyük önem taşır. Bu sosyo-ekonomik gelişmenin başlangıç devrelerinde büyük önem taşır. Temel sağlık hizmetleri yeterli olarak sağlanmadan kırsal ekonomik kalkınmanın hızlandırılması mümkün değildir. Malarya tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili özel programlar alt yapı desteği olmaksızın yeterli olamaz. Temel sağlık hizmetleri yetersizse etki uzun süreli olamaz. Toplumun gelişmekte olan ve tarım kesimine temel sağlık hizmetlerinin sağlanması özellikle ihmal edilmiş kesimlerin kalkınabilmesi yönünden gereklidir. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği toplumun sosyo-ekonomik gelişimini büyük oranda etkiler. Çünkü kırsal nüfus daha

çok uzun süre toplam nüfusun % 80 - 95 ini oluşturmayı sürdürecektir.

Bağımlılık yaratıcı ilaç alışkanlığının fiziksel sosyal ve ekonomik sonuçlarının toplum ve kullanan üzerindeki etkisi de büyük önem taşımaktadır. (Buna alkol de eklenebilir).

Aile planlaması programlarının da yalnız ana ve çocuk sağlığına değil aile ve toplumun sağlığına da önemli katkı yapmaktadır. Kontrolsüz nüfus artımı topluma yeterli besin, barınak, okul ve sağlık hizmeti sağlanmasını engellerken, sosyo-ekonomik kalkınmayı da baltalamaktadır. Kişi başına gelirin düşük ve sermaye birikiminin ise yavaş olduğu ülkelerde sosyal ve ekonomik kalkınmaya en büyük engeli bu oluşturmaktadır.

Bireyin sağlık eğilim ve davranış olgularını yönlendirmeye yönelik eğitim de sosyo-ekonomik kalkınma etkenlerindedir. Sağlık kampanyalarının bu yönden de değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle besin ve su hijyeni yönünden halk sağlığı, turizm endüstrisinin gelişimi bakımından da çok önemli olmaktadır. Besinlerle ilgili sorunlar yalnız gezginlerin kendilerini değil dönecekleri ülkelerini de ilgilendirmektedir.

Gelişmiş ülkelerde kanser ve kardiyovasküler hastalıkların neden olduğu ekonomik etki dev boyutlara ulaşmaktadır. Bir çok ülkede akciğer kanserinden kişi başına yıllık verim kaybı ve tedavi gideri on doları bulmaktadır. Aşırı sigara içmenin etkin olması nedeniyle toplumun bu yönden etkilenebilmesi mümkündür. Günümüz bilgi düzeyinde akciğer kanseri başlıca bir sağlık eğitimi sorunudur. Sağlık eğitimi ve araştırma gideri hastalığın getirdiği yükün çok altındadır.

Sağlık alanındaki klinik, laboratuvar ve istatistiksel araştırmaların sosyo-ekonomik kalkınmaya önemli katkıları bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde endüstrileşmenin artımına, yol kazalarına ve hayatı kurtarmaya yönelik önlemler büyük sorun olmaktadır. Bu problem çocuklarının % 10 u malnütrisyonlu olan eğitim düzeyi çok düşük gelişmekte olan ülkeler içinde bir sorundur. Sakatlık insidansı büyük bir olasılıkla gelişmiş ve kalkınmakta olan ülkelerde aynıdır.

Sakatlıkların milli ekonomideki yerini ve etkilerini belirlerken gelişmiş ülkeler, hasta başına tedavi gideri, uzun bakım gideri, halk sağlığı uygulamaları, iş gücü, vergi kaybı gibi durumları gözönüne alırlar. ABD'de bir mental retardenin 3/4 milyonluk bir geliri önlediği, rehabilitasyona yatırılan her doların ekonomiye 17 - 35 dolar olarak döndüğü hesaplanmıştır. Avrupa'da sakatlık nüfusun ekonomik olarak etkin olan bölümünü kabaca % 35 ten % 28 e düşürmektedir. Rusya'da 11 yıllık milli polio aşı kampanyasında harcanan her ruble için 66 ruble kazanıldığı hesaplanmıştır.

Radyoaktif izotopların kullanımı, enerji kaynağı olarak nükleer gücün etkin rol oynamaya başlaması, radyasyon tıpına önemli katkılar sağlarken daha temiz bir çevre sağlama çabalarına da katkı da bulunmakta önemli kirlilik etkenlerini azaltmaktadır.

Burada çevresel kirlenmenin hızlı endüstrileşmenin yarattığı bir sorun olarak gelişmekte olan ülkelerin zaten frajil olan ekolojik dengelerinde önemli etkiler yapacağını belirtmeliyiz.

Son on yıl içerisinde gerek doğal kaynakların, gerekse insan kaynaklarının kullanılmasının dikkatli planlaması zorunluluğu üzerinde durulmaktadır. Burada esas sağlık hizmetlerinin toplum kalkınmasına optimum katkısını sağlamaktır. Gelişme düzeyi farklılıklarına rağmen belirli özellik ve sonuçlar pratikte bütün ülkeler için aynıdır. Uygulanan yeni teknolojilerin, yeni endüstriyel işlemlerin, insanlar üzerindeki, çevresel ve ekonomik sonuçlarını gözönüne almak zorunluluğundayız. Çevre kirlenmesi sorunu ileri endüstri ülkelerinde daha büyük olmakla birlikte gelişmekte olan ülkeler içinde potansiyel tehlike söz konusu olduğu gibi belkide daha büyüktür. Bu durumda planların ekonomik değil sosyo-ekonomik olması zorunluluğu vardır. Ekonomik kalkınmanın bir sonuç olmaktan çok bir araç olduğunun kabul edilmesi gerekir. Sağlık alanından bildiğimiz gibi pür ekonomik faktör yaşama standardı ve toplumun refahının göstergesi olarak alınmaz. Yaşama koşullarının iyileştirilmesi çabaları verimliliği sınırlandırılabilir.

Yaşlı ve yatalaklara ayrılan bakım gurubunun büyümesi bunların ekonomik olarak verimli aktivitelere katılmaları nedeni ile verimli görülmeyebilir. Genel olarak gros milli gelirin sağlık için ayrılan bölümü % 5 civarındadır. Yapılacak değerlendirmelerde analitik yöntemlerin yararı tartışmalıdır. Bunlar öncelik ve verimle ilgili sorunlarımızı tam olarak çözemez. Sözgelimi örgütlenme politikasına, profesyonel dirence ve hatalı ilaç kullanımına dayalı sorunlara cevap getirmez. Bir diğer gerçek çok ileri ülkelerin iyi sonuç aldıkları akademik yöntemler gelişmekte olan ülkeler için elverişsiz ve gerçek dışı nitelik taşımaktadır. Üçüncü bir durum da belirli bir ölçütümüz olmasa bile sağlık programlarının sosyal ve ekonomik hayatın bütün yönlerine katkısı konusunda kuşku kalmamalıdır. Bir diğer güçlük ülkelerin sistemlerinin değişik olmasında yatmaktadır. Bütün ülkelerde toplum sağlığı hizmetleri gerçekten toplumsaldır ve toplumsal kaynaklarla sağlanmaktadırlar. Aynı durum bireysel sağlık ve tedavi için söz konusu değildir. Söz konusu sistemler genel bütçeden kaynaklanan tam olarak parasız hizmetlerden çeşitli değişimlerle özel ödemişli sistemlere kadar değişim göstermektedir. Komplike hastane uygulamaları gibi reklam yönü güçlü uygulamalara para veya insan gü-

cü tahsisi veya daha az sansasyonel koruyucu hizmetlere yönelerek daha çok hayat kurtarma iikilemi yatmaktadır bütün tartışmaların kaynağında. Bu sorun tam olarak çözümlenebilmiş değildir. Bir zamanlar gelişmekte olan ülkelerin sorunu sayılan personel ve mali sorun günümüzün ileri toplumları içinde büyük bir sorundur. Çünkü onlar en yüksek tedavi ve bakım standartlarını kullanmaktadırlar. Fakat bunun çok büyük oranda en başta endüstri olmak üzere diğer alanların yoksullaşmasına neden olmadan sağlanması güçtür. Zaten bu sağlanmazsa durumu daha da kötüleştiren kısır döngü basamakları işlemeye başlar.

Yönelemsel değerlendirmelerin bilinmesi nedeni ile yüzyıllarca belirli hastalıkların klinik sonuçları üzerinde durulurken bunun bütün toplum üzerindeki etkileri gözönüne alınmamıştır. Yıllar boyu bu konuda bir takım araştırmalar yapılmışsa da harcanan masraf ve tahsis edilen personele rağmen sağlanan gelir ve etki çok düşüktür. Bunun sonucu olarak ise ekonomistlerin sağlık hizmetlerinin gelecekle ilgili planlama çabalarına katkı yönünden doktorların istek ve yetenekleri konusunda inançsız davranmalarına yol açmıştır. Daha önceden bir değerlendirme yönteminin geliştirilmemiş olmasının nedenleri ise sağlık harcamalarının az veya çok bütçe planlamacılarında kaçınılmaz sayılması ve sağlanan paraların çok değişik kaynaklardan gelmesidir. Bunlar devlet otoritelerinden yerel kaynaklardan, veri ve sigorta uygulamalarından sağlanabilmektedir. Bu da hızla artan fiyat ve maliyet sorununu gizlemiştir. Günümüz gerçeği ve az sonuç veren uygulamalar dev boyutlara varabilecektir.

Artık büyük hastane binalarının açılmasının mı, yeni ve pahalı bir tedavi uygulamasının geliştirilmesinin mi yoksa kütle kampanyaları ve taramalarının özel amaçlara göre yönlendirilen uygulamaları mı gerekmektedir bir karar vermek zorunluğu vardır...»

Ekonomik kalkınma sosyal kapsamdan soyutlanamaz. Günümüz anlayışına göre ekonomik planlama sosyo-ekonomik planlama olarak algılanmakta ve ekonomik gelişme sonuçtan çok bir araç sayılmaktadır. Sağlık programları hem ekonomik ve hem de sosyal bölümlerle karşılıklı etkileşim içerisinde.

Sağlığın sosyo-ekonomik kalkınmaya etki yaptığı ana alanlar nüfus artımı, hızlı endüstrileşme ve şehirleşme, mental stres ve sosyal dengesizlik, çevre kirlenmesi ve milletler arasında yaşama standartları arasındaki uyumsuzluğun artmasına bağlı sorunlar sayılabilir.

Sağlık programları insan yaşamı kalitesini arttırmanın en önemli tek etkenidir. Yaşlıların sağlık bakımı belirgin ve kısa sürede ekonomik bir sonuç vermez. Fakat yaşlılarla ilgili programlar insan yaşamının kalitesini arttırarak uzun vade de önemli ekonomik ve sosyal

kârlar sağlamaktadır. Bazı ülkelerde konuya yeterli önem verilmemektedir. Sağlık hak olarak önemli olmasının yanısıra sosyal kalkınmanın en önemli göstergelerinden birisi olması nedeni ile de önemlidir. Sağlık programlarının diğer sektörlere de (tarım, konut vb.) önemli katkısı bulunmaktadır.

Kaynakları sınırlı olan kalkınmakta olan ülkelerde yaşama standardını yükseltmeye yönelik olan üretimin artırılmasına rağmen iş ve yaşam koşulları düzeltilmeden sağlık planlaması ve sosyal planlama milli planlamanın ana bölümlerini oluşturur. Bir kalkınma planının vazgeçilmez amacı toplumun yaşam düzeyini arttırmak olduğuna göre sağlığın iyileştirilip korunması toplam planın zorunlu bir elementidir. Sağlık sektörü yalnız plan hazırlanmasında değil aynı zamanda değerlendirmesinde de rol almak zorunluğundadır.

Öncelik kararları güçtür. Sorunun büyüklüğü, verimlilik harcama etkinliği yarar ve aciliyet sırasının belirlenilmesi gerekmektedir. Sağlık bütçesi genel kalkınma politikasından az çok etkilenmektedir. Bir çok ülke de sağlık bütçeleri sınırlıdır. Üstelik sağlık harcamalarında koruyucu hizmetlerin oranı düşüktür. Sağlık yöneticileri ve ekonomistlerin sağlığın önemini kavramadaki güçlüklerinden etkileniyorsa da, bir oranda da sağlık görevlilerinin ekonomik sorunları ile ilgilenmelerine bağlı olan bir durumdur.

Ekonomist ve politik liderlerin de sağlık harcamalarını haklı gösterecek elle tutulur sonuçların sağlanması sağlık hizmetlerinden sorumlu olanların görevidir. Sağlık hizmetleri sosyo-ekonomik kalkınmaya optimum katkı sağlayacak biçimde sunulmalıdır.

Birçok ülke için eğitilmiş personel ve araç eksikliği ve bu değerlerin gerekliliğini kavrama yetersizliğine bağlı nedenlerle genel sağlık ve sosyo-ekonomik ilkelerden yoksundur. Sağlık hizmetlerinin ölçülemeyen sonuçlarının da hesaba katılması gerekmektedir (yaşama kalitesinin artması) değişimin sosyal ölçütlerinin bulunması gereklidir.

Demografik verilere sağlık istatistikleri, sağlık bilgisi, çevre sağlığı verileri oldukça eksiktir. Gross national product (GNP) gros milli gelir denilen ölçüt yetersizdir. Çünkü hizmet verimini hesaba katmakta, sağlık gerçeklerini hesaba katmaz (iş yorgunluğunu vb. hesaba katmaz) üretimle yaşama kalitesini artırma çabalarını karıştırır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesiyle ilgili diğer güçlükler arasında sağlık yetersizliğinin ekonomik sonuçlarının bilinmemesi, sağlık ve ekonomi ilişkisini belirleyen sayısal verilerin eksik olması, sağlık etkisi ile ekonomik sonuç arasında uzun süre geçmesi, harcamalarla ilgili ayrıntılı modellerin olmamasını sayabiliriz.

Analitik yöntemler sağlık sorunları ve harcamalarıyla ilgili olarak yararlı olabilirler. Sağlık harcamalarının meşrulaştırılması için, eldeki tıbbi kaynaklarla en etkin ekonomik yolun belirlenilmesi (har-cama-etkinlik yöntemi), normların belirlenilmesi (kaynakları saptama ve bunlarla yapılabilecek etkinliği belirleme) gerekmektedir.

Kuşkusuz kaza önleme, aşılama, iyi beslemenin ekonomik olarak olumlu etkisi bulunmaktadır. Fakat sağlık programlarının ekonomiyi engellediği yaşlı ve sakat ekonomik olarak bağımlı olan kişilerin bakımının insan gücü israfı yaptığı, morbidite artımının işsizliği arttırdığı da ileri sürülebilir. Ama bu tek yönlü bir yaklaşım olmaktadır. Ekonomik olmayan kirlenme değil bu kirlenmenin kontrolsuzluğudur.

Tedavisel hizmetler oldukça pahalı olup total sağlık hizmetlerinin bedelinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Okul sağlığı iş sağlığı vb. uygulamalar ucuz fakat uygun koşullarda oldukça yararlıdır. Ülke için uygun bir planın yapılması gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerin hatalarının tekrarlanmaması onlardan ders alınması gerekmektedir. Sağlık eğitimi hem sağlık hizmetleri hem de sosyo-ekonomik yönden önemlidir.

Temel kavramlar yönünden sağlık görevlilerinin ve ekonomistlerin eğitilmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

- (1) WHO Public Health Papers No. 49, 1973 Interrelationships Between Health Programmes and Socioeconomic Development.

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ

Psikiyatri'deki Yenilikler Semineri ve

Suçlu Ruh Hastaları Paneli

Ankara, 26 - 28 Mart 1980